

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO		CC:	1019039295	
CORREO ELECTRÓNICO:	DAVIDCORREDOR36@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3144356229	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17A 52 69 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66957681523

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1844 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 9.509.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO  
PS\_1844\_2025\_1FD4B4

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO

CC: 1019039295

CEL: 3144356229

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO**

**CON C.C N°**

**1.019.039.295**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1844 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 44.317.920	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>103</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 90.574.749	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 9.509.887
---	---------------	--	--------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA
-------------------------------	--------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Urgencias Pediatría durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación

1

por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.

21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participé en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

### IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497444287-9498551081-9498627427	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 641.700
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	\$ 821.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 125.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.588.200

### V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

### VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO  
PS\_1844\_2025\_1FD4B4

**BRAYAN DAVID CORREDOR TAPIERO**  
**CC: 1019039295**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS  
PS\_1844\_2025\_1FD4B4

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**



XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA

PS\_1844\_2025\_1FD4B4

**XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019039295		CORREDOR TAPIERO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 55 SUR 24 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4780756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2056799560	9497444287	I	2026/01/26	2026/01/05	BANCOLOMBIA	0	\$1,669,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$5,068,000	\$810,900			\$5,068,000	\$633,500			\$5,068,000	\$101,400			\$5,068,000	\$123,500			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$5,068,000	\$810,900			\$5,068,000	\$633,500			\$5,068,000	\$101,400			\$5,068,000	\$123,500			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$5,068,000	\$810,900			\$5,068,000	\$633,500			\$5,068,000	\$101,400			\$5,068,000	\$123,500			\$0	\$0
1	CC	1019039295	CORREDOR BRAYAN	230301	30	\$5,068,000	\$810,900	EPS005	30	\$5,068,000	\$633,500	CCF24	30	\$5,068,000	\$101,400	14-11	30	\$5,068,000	\$123,500	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$5,068,000	\$810,900			\$5,068,000	\$633,500			\$5,068,000	\$101,400			\$5,068,000	\$123,500			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019039295		CORREDOR TAPIERO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 55 SUR 24 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4780756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2056799560	9497444287	I	2026/01/26	2026/01/05	BANCOLOMBIA	0	\$1,669,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$810,900	\$0	\$0	\$810,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$810,900	\$0	\$0	\$810,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$123,500	\$0	\$0	\$123,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$123,500	\$0	\$0	\$123,500	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$101,400	\$0	\$0	\$101,400	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$101,400	\$0	\$0	\$101,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$633,500	\$0	\$0	\$633,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$633,500	\$0	\$0	\$633,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$1,669,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$1,669,300</b>	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019039295		CORREDOR TAPIERO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 55 SUR 24 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4780756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	10877079	9498551081	N	2026/01/26	2026/01/27	BANCOLOMBIA	1	\$20,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$62,000	\$9,900			\$62,000	\$7,800			\$62,000	\$1,200			\$62,000	\$1,500		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$62,000	\$9,900			\$62,000	\$7,800			\$62,000	\$1,200			\$62,000	\$1,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$62,000	\$9,900			\$62,000	\$7,800			\$62,000	\$1,200			\$62,000	\$1,500		\$0	\$0	
1	CC	1019039295	CORREDOR BRAYAN	230301	30	(\$5,068,000)	(\$810,900)	EPS005	30	(\$5,068,000)	(\$633,500)	CCF24	30	(\$5,068,000)	(\$101,400)	14-11	30	(\$5,068,000)	(\$123,500)	30	\$0	\$0
2	CC	1019039295	CORREDOR BRAYAN	230301	30	\$5,130,000	\$820,800	EPS005	30	\$5,130,000	\$641,300	CCF24	30	\$5,130,000	\$102,600	14-11	30	\$5,130,000	\$125,000	30	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$62,000	\$9,900			\$62,000	\$7,800			\$62,000	\$1,200			\$62,000	\$1,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019039295		CORREDOR TAPIERO BRAYAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 55 SUR 24 A 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4780756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	10877079	9498551081	N	2026/01/26	2026/01/27	BANCOLOMBIA	1	\$20,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,500	\$100	\$0	\$1,600	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$1,500	\$100	\$0	\$1,600	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,200	\$100	\$0	\$1,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$1,200	\$100	\$0	\$1,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,800	\$100	\$0	\$7,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$7,800	\$100	\$0	\$7,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$20,400</b>	<b>\$400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$20,800</b>	



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar... 

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1844 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1844 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2. PS 1844 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1844 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

<input type="checkbox"/>	5. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	6. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	1 PS 1844 2025 CRP-6448.pdf	1 PS 1844 2025 CRP-6448.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	7. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	8. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	10. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	11. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1844 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	12. 1844 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. 1844 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>